



Regione Abruzzo
Azienda Unità Sanitaria Locale 02- Lanciano/Vasto/Chieti
Nucleo Operativo Distrettuale (NOD) di Vasto
Via Michetti, 86 -66054 VASTO (CH)- tel. 08733081 fax 0873308784



Al N.O.D. di Vasto

Io sottoscritt _____ nat _____ il _____
e residente a _____ (_____) in via _____ n. _____
 conducente proprietario dell'autovettura avente numero di targa _____
 viaggio effettuato in treno

DICHIARO

sotto la mia responsabilità, di aver compiuto nel mese di _____ 20 _____
n. _____ (in lettere _____) viaggi per complessivi Km _____
(andata e ritorno)

per accompagnare il/la Sig./Sig.ra _____
a sottoporsi _____
(specificare il tipo di trattamento o di intervento)
 di essere andat _____ a sottopormi _____
(specificare il tipo di trattamento o di intervento)

presso il centro trapianti di _____

Dichiaro inoltre che i suddetti viaggi sono stati effettuati nei seguenti giorni:

Data _____

il proprietario dell'auto
o il conducente

il paziente
